



Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für den ambulanten Zusatztarif Sehen und Hören (SuH) für gesetzlich krankenversicherte Personen (KV785_201708)

Teil II Leistungsregelungen

Gültig in Verbindung mit Teil I Allgemeine Versicherungsbedingungen für die nach Art der Schadenversicherung kalkulierte Krankheitskostenversicherung

Inhalt

§ 1	Versicherungsfähigkeit	§ 4	Sonstige Tarifbestimmungen
§ 2	Versicherungsleistungen	§ 5	Monatsbeiträge
§ 3	Einschränkung der Leistungspflicht		

Teil II regelt die tariflichen Leistungen des Tarifs SuH

§ 1 Versicherungsfähigkeit

(1) Versicherungsfähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben und darüber hinaus Mitglied der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind oder im Rahmen der Familienversicherung Anspruch auf Leistungen bei einem Träger der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung haben. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Für Personen, die aus der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif mit dem Ende des Monats, in dem die Anzeige beim Versicherer eingeht.

(2) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz, so setzt sich das Versicherungsverhältnis fort, sofern die Mitgliedschaft in der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung oder der Anspruch auf Leistungen bei einem Träger der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen der Familienversicherung weiterhin besteht. Der Versicherer bleibt in diesem Fall höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

§ 2 Versicherungsleistungen

(1) Erstattungsfähige Aufwendungen

Der Tarif SuH ersetzt Aufwendungen für

a) Sehhilfen

Die Aufwendungen für zum Ausgleich einer Fehlsichtigkeit dienenden Sehhilfen (Brillengestelle, Gläser und Kontaktlinsen) werden zu 100 % erstattet. Die Erstattung umfasst die erstmalige Ausstattung und die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Sehhilfen.

Die Summe der Versicherungsleistung innerhalb von 24 Monaten ist auf 300,00 EUR begrenzt.

b) Laserverfahren

Die Aufwendungen für Laserbehandlungen zur Sehschärfenkorrektur (z. B. LASEK, LASIK inkl. Vor- und Nachuntersuchungen) werden zu 100 % erstattet, jedoch maximal 750,00 EUR pro Auge. Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht erst nach Ablauf von 60 Monaten.

c) Hörgeräte

Die Aufwendungen für vom Arzt verordnete Hörgeräte werden zu 100 % erstattet.

Dabei ist die Versicherungsleistung je Ohr auf 800,00 EUR innerhalb von 36 Monaten begrenzt. Aufwendungen für Gebrauch (z. B. Batterien) und Pflege (z. B. Reinigungsmittel) sind nicht erstattungsfähig.

d) sonstige Hilfsmittel (Perücken, Schlafapnoegeräte, Insulinpumpen, Krankenfahrräder, Beatmungsgeräte)

Die Aufwendungen für vom Arzt verordnete Perücken, Schlafapnoegeräte, Insulinpumpen, Krankenfahrräder und Beatmungsgeräte werden zu 100 % erstattet.

Die Summe der Versicherungsleistung innerhalb von 24 Monaten ist auf 300,00 EUR begrenzt.

Sofern für Aufwendungen gemäß a) bis d) ein Anspruch auf Leistungen gegenüber der GKV besteht, sind diese zuerst in Anspruch zu nehmen. In diesen Fällen wird maximal die noch verbleibende Differenz zu den tatsächlich entstandenen Aufwendungen gezahlt.

(2) Begrenzung der Versicherungsleistung in den ersten 24 Monaten

In den ersten 24 Monaten wird pro versicherter Person die Versicherungsleistung für die in Abs. 1 genannten Leistungsinhalte des Tarifs SuH auf

- 100,00 EUR innerhalb der ersten 12 Monate
- 200,00 EUR innerhalb der ersten 24 Monate

begrenzt.

(3) Zeitpunkt der Aufwendungen

Die Aufwendungen gelten zum Zeitpunkt der Rechnungsstellung bzw. bei Laserbehandlungen zum Zeitpunkt der Behandlung als entstanden.

(4) Wartezeiten

Abweichend von § 4 Abs. 2 Teil I der AVB sind keine Wartezeiten zu erfüllen.

(5) Leistungserbringer und Behandlungsarten

Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen oder unter den in Krankenhausambulanzen oder in medizinischen Versorgungszentren approbierten Ärzten frei.

§ 3 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

- für Behandlung durch Ärzte, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;

- für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.

(2) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 4 Sonstige Tarifbestimmungen

(1) Voraussetzungen für eine Beitragsanpassung

Der in § 7 b Abs. 1 Teil I der AVB genannte Vorphundertatz beträgt bei dem Vergleich der Versicherungsleistungen 10 %.

(2) Anpassung des Versicherungsschutzes

Gemäß § 17 Abs. 1 Teil I der AVB können die in § 2 Abs. 1 genannten Erstattungshöchstbeträge mit Wirkung für bereits bestehende Versicherungsverhältnisse mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angehoben werden.



Diese Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung an den Versicherungsnehmer folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

§ 5 Monatsbeiträge

Die Berechnung der Beiträge ist in den Technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.

Die Beiträge werden jeweils getrennt für die Altersintervalle von 0 bis 20 Jahren, 21 bis 60 Jahren sowie ab 61 Jahren bestimmt.

Zu Beginn der Versicherung ist zunächst der Beitrag zu zahlen, der dem Eintrittsalter entspricht. Als Eintrittsalter gilt die Anzahl der bei Versicherungsbeginn (siehe § 2 Teil 1 der AVB) vollendeten Lebensjahre. Ein Lebensjahr gilt zum Ende des Geburtsmonats als vollendet.

Sobald eine versicherte Person das 21. bzw. 61. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des hierauf folgenden Monats der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.